

## VORSORGEVOLLMACHT

**Ich,**

**(Vollmachtgeber/in)**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefon, Telefax, E-Mail

**erteile hiermit Vollmacht an**

**(Bevollmächtigte/r)**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefon, Telefax, E-Mail

Als meine Vertrauensperson wird der/die Bevollmächtigte hiermit bevollmächtigt, mich in allen wie folgt beschriebenen Angelegenheiten zu vertreten. Durch die Erteilung dieser Vollmacht soll eine gerichtlich angeordnete Betreuung vermieden werden. Diese Vollmacht soll daher auch dann gültig bleiben, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig werden sollte. Für die Wirksamkeit dieser Vollmacht wird vorausgesetzt, dass der/die Bevollmächtigte im Besitz dieser Vollmacht ist und diese im Original bei Vornahme oder Durchführung eines Rechtsgeschäfts vorlegen kann.

### I. Gesundheitssorge und Pflegebedürftigkeit

Angelegenheit	Ja	Nein
Der/die Bevollmächtigte wird von mir bevollmächtigt, in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge für mich zu entscheiden. Hierzu gehören auch Entscheidungen bezüglich der ambulanten, teilstationären oder stationären Pflege. Der/die Bevollmächtigte ist befugt, meinen Willen durchzusetzen, der sich aus meiner Patientenverfügung ergibt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der/die Bevollmächtigte wird bevollmächtigt, in Untersuchungen, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einzuwilligen, derartige Maßnahmen abzulehnen oder auch die Einwilligung in derartige Maßnahmen zu widerrufen. Dies gilt auch für den Fall, wenn mit Durchführung, Vornahme, Unterlassen oder Abbruch dieser Maßnahmen die Gefahr besteht, dass ich einen schweren und länger andauernden gesundheitlichen Schaden erleide oder sterbe (§ 1904 Abs. 1, 2 BGB).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Angelegenheit	Ja	Nein
Der/die Bevollmächtigte wird ermächtigt, meine Krankenunterlagen einzusehen und die Herausgabe der Unterlagen an Dritte zu bewilligen. Aus diesem Grund entbinde ich alle mich behandelnden Ärzte sowie nicht-ärztliches Personal gegenüber dem/der Bevollmächtigten von ihrer Schweigepflicht. Mein(e) Bevollmächtigte(r) darf ebenfalls alle mich behandelnden Ärzte und nicht-ärztliches Personal von der Schweigepflicht gegenüber Dritten entbinden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofern es zu meinem Wohl erforderlich ist, darf mein(e) Bevollmächtigte(r) gem. § 1906 Abs. 1 BGB über meine freiheitsentziehende Unterbringung entscheiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofern es zu meinem Wohl erforderlich ist, darf mein(e) Bevollmächtigte(r) gem. § 1906 Abs. 4 BGB über freiheitsentziehende Maßnahmen wie Medikamente, Bettgitter u.ä. im Heim oder einer sonstigen Einrichtung entscheiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofern es zu meinem Wohl erforderlich ist, darf mein(e) Bevollmächtigte(r) gem. § 1906 a Abs. 1 BGB über ärztliche Zwangsmaßnahmen entscheiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofern es zu meinem Wohl erforderlich ist, darf mein(e) Bevollmächtigte(r) gem. § 1906 a Abs. 4 BGB über meine stationäre Verbringung in ein Krankenhaus entscheiden, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## II. Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

Angelegenheit	Ja	Nein
Der/die Bevollmächtigte(r) darf meinen Aufenthalt bestimmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der/die Bevollmächtigte(r) darf Rechte und Pflichten aus dem Mietverhältnis über meine Wohnung/mein Haus einschließlich der Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der/die Bevollmächtigte(r) darf einen neuen Mietvertrag über Wohnraum für mich abschließen und auch kündigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der/die Bevollmächtigte(r) darf einen Heimvertrag, bzw. einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- und Betreuungsdienstleistungen für mich abschließen und kündigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## III. Behörden und Ämter

Angelegenheit	Ja	Nein
Der/die Bevollmächtigte(r) darf mich bei Behörden, Ämtern, Versicherungsgesellschaften sowie Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten. Meine Bevollmächtigung und Einwilligung umfasst auch sämtliche erforderliche datenschutzrechtliche Bestimmungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## V. Post- und Fernmeldeverkehr

Angelegenheit	Ja	Nein
Der/die Bevollmächtigte(r) darf im Rahmen dieser Vollmacht die für meine Person bestimmte Post und elektronische Post entgegennehmen, öffnen und lesen. Die Bevollmächtigung gilt für alle Entscheidungen im Fernmeldeverkehr einschließlich jeglicher elektronischer Kommunikationsformen. Mein(e) Bevollmächtigte(r) darf alle in diesem Zusammenhang erforderlichen Willenserklärungen wie z.B. Vertragsabschlüsse oder Kündigungen für mich aussprechen und abgeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## VI. Vertretung vor Gericht

Angelegenheit	Ja	Nein
Der/die Bevollmächtigte(r) darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie alle dafür erforderlichen Prozesshandlungen vornehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## VII. Untervollmacht

Angelegenheit	Ja	Nein
Der/die Bevollmächtigte(r) darf Untervollmacht erteilen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## VIII. Betreuungsverfügung

Angelegenheit	Ja	Nein
Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung (rechtliche Betreuung) erforderlich sein oder werden sollte, bitte ich, meine(n) Bevollmächtigte(n) als gesetzlichen Betreuer zu bestellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## IX. Geltung über den Tod hinaus

Angelegenheiten	Ja	Nein
Diese Vollmacht gilt über meinen Tod hinaus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## X. Sonstige Regelungen

Lined area for additional regulations or notes.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vollmachtgeber/in

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Bevollmächtigte/r